1948
1947

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 79

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

René-Armand BRULET
Externe des Hôpitaux de Paris
né le 9 juillet 1921, à Lorges (Loir-et-Cher)

28 JAN 1943

Syndrome appendiculaire d'origine grippale

Président : M. HENRI BÉNARD, *Professeur*

PARIS
ÉTABLISSEMENTS BUSSON
117, RUE DES POISSONNIERS (18e)

1947

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1947 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

René-Armand BRULET
Externe des Hôpitaux de Paris
né le 9 juillet 1921, à Lorges (Loir-et-Cher)

Syndrome appendiculaire d'origine grippale

Président : M. HENRI BÉNARD, *Professeur*

PARIS
ÉTABLISSEMENTS BUSSON
117, RUE DES POISSONNIERS (18e)
—
1947

DOYENS HONORAIRES

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... **Léon BINET**
Membre de l'Institut

ASSESSEUR ..... **Jean VERNE**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE.
Cliniques médicales	BENARD (H.). LAROCHE. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL.
Cinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

	MM.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (Justin).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANON.
Médecine du travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon)
Problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET.
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (Henri).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	N...

Professeurs sans chaire : DOGNON (*Physique médicale*) ; GAILLARD (*Parasitologie*) ; HALPHEN (*O.R.L.*) ; JAYLE M. (*Chimie médicale*) ; Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*) ; OLIVIER (*Anatomie*) ; DESOILLE (*Médecine légale*)

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N. ff. DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato-syphilographie	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX. BULLIARD.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale	N...
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT L. C.
Pathologie chirurgicale	FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE-D'AUBIGNE. PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expériment...	MERKLEN.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. BÉNARD,

Professeur de Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur,

qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse,

Hommages respectueux.

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX.

A TOURS

1940-41 Monsieur le Professeur GUILLAUME-LOUIS.
1941-42 Monsieur le Professeur DESNOYELLES.

A PARIS (*Externat*)

1942-43 Monsieur le Docteur BERGER Jean (*in memoriam*).
Monsieur le Docteur MIALARET Jacques.
1943-44 Monsieur le Professeur BARIÉTY.
Monsieur le Docteur ROUHIER.
1944-45 Monsieur le Docteur PORCHER.
1945-46 Monsieur le Professeur agrégé SÉZARY.
Monsieur le Professeur agrégé MARIE Julien.
1946-47 Monsieur le Docteur FLANDIN.

**

INTRODUCTION

Si l'on parcourt la littérature médicale, si abondante périodiquement, au sujet de la grippe, l'on constate qu'il est réservé peu de place dans les monographies et les descriptions aux rapports de la grippe et de l'appendicite. D'ailleurs, il convient de dissiper d'abord une équivoque possible : l'appendicite véritable, authentique, avec son tableau clinique normal, sa tendance à l'abcédation, la perforation et la péritonite n'entrent pas dans les limites de notre sujet et c'est de celle-ci qu'il s'est agi, le plus souvent, lorsqu'on a rapproché la grippe et l'appendicite, établissant de l'une à l'autre une relation de cause à effet.

Ce sur quoi nous désirons attirer l'attention ici est un syndrome abdominal, à forme appendiculaire d'origine essentiellement grippale, et qui ne fait l'objet d'aucune sanction chirurgicale.

Avant d'aller plus loin, dans un sujet qui nous a paru tout particulièrement intéressant par l'importance pratique qu'il peut présenter, nous nous devons d'exprimer toute notre gratitude à notre ami, M. le docteur René Henry, qui a été l'inspirateur de ce travail et qui a bien voulu nous accueillir près de lui pendant plusieurs mois. C'est, en effet, au cours de ce stage qu'il nous a été donné de voir, lors d'une petite épidémie de grippe, quatre cas de réaction appendiculaire aiguë qui ont tous guéri très rapidement sans intervention. Nos malades ont présenté, par contre, des épisodes tout à fait nets de grippe, d'ailleurs d'allure bénigne.

Cette question, qui est encore mal connue en France. a été nettement posée et traitée pour la première fois

par le professeur Villard, de Lyon, dans une étude intitulée « Les Fausses Appendicites grippales » (*Lyon-Médical*, décembre 1918) où il dit notamment : « On peut observer des manifestations péritonéales dont la symptomatologie revêt l'allure clinique de l'appendicite aiguë et, coup sur coup, nous avons observé, dans ces derniers temps, des malades chez lesquels la gravité des symptômes avait fait conclure à l'urgence d'une laparotomie. Un examen attentif nous ayant montré certaines anomalies dans la marche de la maladie, dans la date d'apparition des signes cliniques et dans la nature de ceux-ci, nous avons différé l'intervention et l'évolution ultérieure a confirmé notre diagnostic. » Nous nous trouvons donc en face de faits pathologiques originaux : ce n'est pas l'appendicite vraie, classique, pas plus qu'une simple douleur appendiculaire fugace, mais c'est tout un syndrome appendiculaire d'origine essentiellement grippale.

Bien que nos observations personnelles soient peu nombreuses, elles nous ont paru suffisamment nettes pour que nous en publiions la relation afin d'attirer l'attention sur ces manifestations de la grippe encore peu signalées, notamment en dehors des grandes épidémies grippales. Leur intérêt pratique est grand, car l'intervention chirurgicale peut paraître à tort indispensable. Or, pratiquer chez un grippé une laparotomie exploratrice non nécessaire, l'exposer par le fait du choc et de l'anesthésie à de sérieuses complications pulmonaires, voilà, certes, une éventualité intempestive.

Nous allons envisager successivement :

— L'historique de la question grippe et appendicite,
— L'étude de nos observations personnelles,
— L'étude clinique du syndrome appendiculaire grippal :
  Son étiologie,
  Sa symptomatologie,
  Son diagnostic.
— Quelques considérations pathogéniques.
— Enfin le traitement.

HISTORIQUE

Schématiquement, trois grandes périodes peuvent être distinguées :

1° Avant 1886, l'appendicite était totalement inconnue. C'était l'époque où toutes les crises douloureuses abdominales droites étaient méconnues ou rapportées à l'embarras gastrique, la constipation douloureuse, la typhlite, la périty phlite des anciens auteurs : Grisolle, Ménière, etc...

2° De 1886 à 1892, les travaux américains de Sands, Fitz, Lewis, etc..., nous font connaître l'appendicite. Dieulafoy, Walther, Jalaguier l'étudient en France et en diffusent rapidement la connaissance. Et par une réaction violente, qui n'est pas un fait isolé en médecine, on oublie complètement la typhlite et la périty-phlite pour attribuer à l'appendicite seule toutes les crises douloureuses de la fosse iliaque droite. C'est l'époque où sévit l'appendicectomie à outrance.

3° Mais depuis 1892, des chirurgiens n'ont pas tardé à s'apercevoir les premiers que l'appendicectomie ne guérissait pas tous les malades, parce que, d'une part, certaines affections générales, voire même locales, peuvent imiter, d'une manière précise, les phénomènes cliniques de l'appendicite et que, d'autre part, d'autres maladies peuvent s'accompagner de réactions appendiculaires.

En 1896, Jalaguier avait signalé la possibilité de réactions cœco-appendiculaires au cours de diverses maladies infectieuses, telles que rougeole, variole et grippe, et il en faisait l'expression locale d'une affection générale.

Merklen, en 1897, signale, le premier, trois cas de réactions appendiculaires survenues au cours d'une grippe; mais il s'agissait là de vraies appendicites, et l'auteur établit ainsi entre ces deux affections une relation certaine de cause à effet.

En 1899, Faisans rapporte à la grippe presque tous les cas d'appendicite. « Je pose en principe, dit-il, que la grippe est la principale cause, la cause presque unique de l'appendicite. » Deux faits pour lui étaient indéniables : c'est que l'appendicite était devenue d'une fréquence extraordinaire depuis l'apparition de la grippe sous la forme d'épidémies graves. Et le second fait, encore plus évident, était que chaque épidémie de grippe était invariablement accompagnée d'une recrudescence du nombre des appendicites, à ce point que l'on pouvait parler sans exagération d'épidémies d'appendicites.

Que l'appendicite véritable soit causée par la grippe ou non, c'est là un grand débat encore ouvert dans lequel nous n'avons pas à intervenir. Nous devons simplement constater ce fait et le signaler, parce qu'il a attiré l'attention des médecins et sollicité la production d'observations singulièrement intéressantes.

La même année, sous la rubrique « Grippe et Appendicite », le docteur Gagnière, de Choisy-le-Roi, présente dans *la Gazette des Hôpitaux* (1899, pp. 1181-84), onze observations de malades qu'il a traités au cours de l'épidémie de 1899 pour un syndrome appendiculaire (qu'il qualifie d'ailleurs d'appendicite) survenu au cours de la grippe. Ce sont les symptômes grippaux qui ont ouvert la scène; puis sont apparus des signes d'appendicite plus ou moins nets, plus ou moins intenses suivant les cas. Neuf de ces malades, traités médicalement, ont guéri sans aucune complication; deux autres malades opérés sont morts le lendemain de l'intervention. Est-ce là ce que l'on observe au cours des appendicites vraies, seraient-elles même d'origine grippale? Non, évidemment. En somme, bien que l'auteur ne paraisse pas particulièrement frappé par ces divergences, il nous semble bien qu'il s'agissait là de réactions appendiculaires grippales.

Deux ans après des faits analogues étaient publiés par un médecin militaire, le docteur Charpentier

(« Appendicites au cours d'une épidémie de grippe », *Bulletin Médical*, 1901, XV, 239-40). L'auteur relate ce qu'il a observé au cours de l'épidémie de grippe de 1899 parmi les malades de son régiment, le 155e d'infanterie à Commercy : ce furent successivement cinq cas d'appendicite d'allure assez insolite. « Aucun de ces cas, dit-il, n'a présenté le fracas de l'appendicite aiguë aboutissant à la suppuration. C'étaient des appendicites à forme bénigne, que quelques-uns même qualifieraient peut-être de coliques appendiculaires; mais ces cas n'en ont pas été moins nets et notre diagnostic a été aussi celui de l'hôpital. Nous ne décrirons pas chacun de ces cas en particulier. Ils se ressemblent tous et paraissent avoir été calqués les uns sur les autres. Chez aucun de nos malades il n'y avait d'antécédents, sauf chez un... Or, étant donné l'épidémie de grippe qui régnait alors, la succession d'un certain nombre de cas dans un laps de temps très limité, la disparition de la maladie coïncidant avec celle de la grippe, et connaissant, en outre, le caractère particulièrement infectieux de celle-ci, nous n'avons pas hésité à voir dans ces accidents des manifestations grippales. »

Cette question des rapports de l'appendicite et de la grippe intéressa aussi les médecins étrangers. Vers la même époque, Sonnenbourg à Berlin, et Golubow à Moscou, signalent également les rapports étroits qui existent entre les épidémies de grippe et les réactions appendiculaires.

Franke, en Allemagne, constatait en 1899 qu'à côté d'appendicites vraies, qui se produisent deux ou trois semaines et plus après la grippe, l'appendicite peut être au cours de la grippe, simulée par une pseudo-appendicite. Leichtenstein, cité par Behrend, pense qu' « il ne s'agit pas, dans ces cas d'appendicite aiguë, mais plutôt de typhlite, que des cas exceptionnels de vraie appendicite ont pu se voir, spécialement quand le bacille de Pfeiffer a été isolé, mais que lorsqu'une appendicite vraie se produit au cours de la grippe, ce n'est qu'une simple coïncidence ».

L'épidémie de grippe de 1918 n'a pas montré de nombreux cas d'appendicite grippale. Elle a tout de même inspiré en France les travaux de Lereboullet, de Villard de Lyon et la thèse de Gobrecht, en 1919.

En Amérique, N. Hall et F. G. Dyas, dans un article sur *l'appendicite séquelle de la grippe et de la pneumonie au camp Logan*, rapportent que dans une nombreuse série de cas, 50 sur un total de 142 appendicites, ils observèrent un syndrome appendiculaire fruste, traduisant une localisation infectieuse passagère au niveau de l'appendice ou peut-être d'origine réflexe (*Journal of the American Association*, 8 mars 1919).

Behrend (« Appendicite aiguë au cours de la grippe », *Surgery Gynecology and Obstetrics*, n° 6, juin 1919) ne fait pas de différence entre l'appendicite et le syndrome appendiculaire. Mais il signale que sur huit cas classés comme appendicites survenues au cours de la grippe, cinq n'ont pas été traités chirurgicalement et la guérison est survenue rapidement.

Ces faits méritent d'être signalés, mais il est fort difficile d'y relever la part qui revient à l'appendicite vraie susceptible de guérir médicalement et à la simple réaction appendiculaire grippale. D'ailleurs, la plupart des auteurs signalent ces deux éventualités sans chercher à en établir les caractères distinctifs.

Par la suite, la littérature étrangère s'est beaucoup occupée de la question. Les Allemands, pour affirmer l'existence de réactions cœco-appendiculaires bénignes au cours de la grippe et pour en fixer les caractères cliniques et biologiques, Wachsmuth, Pariser, Bruett, Hiebann et Edelmann, Abels et Krecke. Les Espagnols, avec Mixo-Quéri, de Barcelone, pour nier toute parenté entre la grippe et les manifestations douloureuses de l'abdomen.

Les sociétés médicales enfin ont étudié cette question : Lecaplain, à la Société médicale des Hôpitaux, 1929; Mandillon et Poinot, à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, 1936.

Signalons, enfin, la thèse de Miller sur les *Fausses appendicites au cours des maladies fébriles* (Paris. *Thèse*, 1939).

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Avant de faire une description symptomatique synthétisant les caractères généraux du syndrome appendiculaire d'origine grippale, nous croyons devoir exposer au préalable nos observations.

OBSERVATION N° 1

Le 15 janvier 1947, Mme P..., 32 ans, femme robuste, sportive, présente depuis deux jours, à la suite d'une grippe de son mari, une céphalée et une asthénie persistantes. Elle a, de plus, un coryza et accuse une frilosité inhabituelle. Elle tousse et sa température oscille entre 38°5 et 39°5. Subitement elle est prise au cours du sommeil d'une douleur latéro-ombilicale droite, douleur vive à type de coliques, suivie, à deux reprises, par une lipothymie. La douleur irradie en arrière dans l'espace interscapulaire.

Surviennent alors deux vomissements alimentaires qui achèvent d'effrayer l'entourage.

A l'examen nous constatons que le ventre est légèrement météorisé.

La palpation met en évidence un ventre douloureux dans son ensemble avec défense pariétale de tout l'abdomen. Rien au toucher vaginal.

Le pouls est rapide, petit, à 110. Température 39°.

Le 16 : dans la matinée, la malade accuse des douleurs localisées maintenant dans la région épigastrique et la fosse iliaque droite. Mais ce sont des douleurs intermittentes.

Les vomissements se sont renouvelés, l'un d'eux était porracé.

L'arrêt des matières et des gaz est absolu.

Le ventre météorisé ne garde pas une immobilité respiratoire absolue. Douleur vive à la palpation légèrement au-dessus du point de Mac Burney. De plus, nous notons une défense pariétale de la fosse iliaque droite qu'une palpation douce et prolongée arrive à vaincre. Et, fait particulier, au cours

...

de l'examen, nous percevons une phase de tension intermittente de la région iléo-cœcale coïncidant avec une reprise de la douleur. Le toucher vaginal ne décèle aucune douleur ni anomalie.

La température reste élevée à 39°2 le matin, 39°5 le soir.

Le pouls bien frappé, régulier, est à 92.

La tension artérielle est de 11.9.

Le teint est pâle, la langue est normale.

En présence de ce tableau, le diagnostic d'appendicite est évoqué, mais l'opération est différée en raison :

— de l'association de phénomènes grippaux qui ont persisté : céphalées intenses, douleurs rachidiennes vives, plusieurs frissons;

— d'un pouls relativement lent tandis que la température est élevée et se maintient en plateau;

— des douleurs intermittentes;

— d'une localisation secondaire de ces douleurs et de la défense musculaire à la région cœco-appendiculaire.

La glace est prescrite, mais mal supportée.

Le 17 janvier : localisation très nette au point de Mac Burney de la douleur provoquée.

La contraction pariétale a disparu.

La malade se plaint toujours de céphalée, de rachialgie, de courbature.

La température est à 39°7. Le pouls à 106.

Il n'y a pas eu de nouveaux vomissements.

Le 18 janvier : amélioration très nette. La température a baissé : 38°2 le matin, 38°4 le soir.

La douleur à la pression de la région appendiculaire disparaît à son tour. Les phénomènes grippaux s'amendent.

Le 19 janvier : la température redevient presque normale.

La malade n'offre plus d'inquiétude.

Seules persistent, pendant encore une semaine, une asthénie marquée et une courbature qui régressent peu à peu.

OBSERVATION N° 2

Quelques jours plus tard, le 30 janvier, Mme G. L..., 39 ans, cafetière, est prise brusquement, en parfaite santé apparente, alors qu'elle servait ses clients, d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite. En même temps, elle accuse une sensation de froid généralisée; bientôt apparaît un frisson unique et prolongé. Immédiatement la malade est transportée sur son lit. La douleur persiste violente, atroce, et une demi-heure après le début survient un vomissement qui se répétera plusieurs fois par la suite. Redoutant une crise d'appendicite, l'entourage nous fait appeler.

A notre arrivée, la malade est pâle mais non agitée, le faciès angoissé.

Elle accuse des douleurs vives dans tout l'abdomen survenant par crises paroxystiques toutes les quinze à vingt minutes.

A l'examen, le ventre est météorisé, tendu. Mais la palpation méthodique, douce, met en évidence un ventre douloureux dans sa totalité et une défense pariétale généralisée.

La langue est blanchâtre; la température est de 39°5; le pouls à 95. La tension artérielle 12.9.

L'interrogatoire ne révèle aucun épisode antérieur semblable, Pas d'antécédents digestifs, colitiques ou vésiculaires.

Il n'y a pas d'hyperesthésie cutanée. Le réflexe cutané abdominal droit existe. Par contre, le toucher vaginal montre une légère douleur à la mobilisation du corps utérin.

Devant ce tableau peu probant, nous prescrivons l'application de glace sur l'abdomen.

Le 31 janvier : la douleur spontanée a diminué de violence mais a conservé son type particulier : elle est paroxystique avec des crises douloureuses suivies de rémissions d'une durée de un quart d'heure à une demi-heure.

Le ventre est redevenu partiellement souple. Par contre, la fosse iliaque droite est le siège d'une défense pariétale invincible et d'une douleur très vive qui s'étend au delà jusqu'à la région épigastrique où elle est peut-être plus marquée. Cependant, il n'y a pas de point appendiculaire très précis, toute une zone est douloureuse. Le toucher vaginal donne les mêmes résultats que la veille.

Par ailleurs, la malade accuse une céphalée gravative. Une courbature se généralise rapidement. Un coryza, du larmoiement, une angine érythémateuse apparaissent.

La température reste élevée, 39°6, le pouls demeure relativement lent, 98.

Le facies est peu altéré, la langue à peine modifiée.

Nous écartons le diagnostic d'appendicite aiguë pour les raisons suivantes :

— Maximum de sensibilité au creux épigastrique, la fosse iliaque est douloureuse mais à un degré moindre;
— Douleur à forme de coliques sèches avec paroxysmes;
— Langue non saburrale, pouls peu fréquent;
— Apparition de signes de grippe.

Le 1er février : la douleur s'est localisée au niveau de la fosse iliaque droite.

Le ventre est redevenu souple, sauf au niveau de la région cœco-appendiculaire.

Température 39°. Pouls 115.

Par contre, les symptômes respiratoires sont nets : la malade se plaint d'une asthénie profonde, de céphalée rebelle, de violentes lombalgies, de douleurs dans les muscles de la nuque et dans les mollets. Elle tousse et présente un catarrhe pharyngo-nasal. A l'auscultation, perception de signes de bronchite.

Sous l'influence du traitement médical seul, les signes s'amendent rapidement, la température tombe en lysis pour être normale le 5 février, septième jour de la maladie.

OBSERVATION N° 3

Mme G..., 59 ans, mère d'un confrère, ressent soudainement le 3 février, au cours du dîner, une douleur très violente en coup de poignard dans la région épigastrique, douleur alarmante par sa brutalité, sa violence, sa persistance. Quelques instants plus tard, la malade est prise d'une toux quinteuse fréquente, répétée, tandis que se précise une sensation de froid et une céphalée.

A l'examen, l'abdomen est tendu dans sa totalité, il a perdu sa souplesse. A côté de la douleur épigastrique spontanée, la palpation provoque une douleur au point de Mac Burney.

Un chirurgien d'un hôpital de la région parisienne est appelé pour avis complémentaire. Au cours de son examen, il est frappé par l'existence de gargouillements dans la fosse iliaque droite, par la céphalée intense dont se plaint la malade et par une langue quasi-normale. Il décide de différer toute intervention et demande conseil à un médecin.

C'est alors que nous constatons une toux absolument subintrante entraînant une cyanose marquée du visage; les conjonctives sont injectées, les extrémités refroidies, le pouls filant, très rapide : 130 pulsations par minute, le facies angoissé.

A ce moment, la température est à 38°2, la tension artérielle est 18.9.

La malade se plaint d'une douleur violente spontanée qu'elle localise au creux épigastrique sans irradiation.

Après une palpation patiente, la paroi abdominale se laisse déprimer, sauf au niveau de la fosse iliaque droite où l'on révèle une douleur vive et où l'on perçoit des gargouillements. La malade n'a pas vomi.

La percussion permet de constater une légère submatite de la base droite avec, à l'auscultation, une diminution du murmure vésiculaire. Dans l'espace interscapulaire on perçoit quelques râles ronflants.

En raison de ces caractères et des deux observations antérieures toutes récentes, nous pensons à une atteinte appendiculaire grippale et nous prescrivons, outre des ventouses scarifiées, du solucamphre et des révulsifs, une application de

glace sur la fosse iliaque et nous pratiquons une injection i.v. de 3 cm^3 de rhodium colloïdal.

Le 3 février : au cours de la nuit, la malade a cru constater que la glace exacerbait ses douleurs et trouve à l'opposé une nette amélioration sous l'influence des compresses chaudes, caractère que nous avions déjà noté lors de la première observation.

Spontanément, la douleur est moins vive, mais il persiste une douleur vive provoquée au point de Mac Burney avec, à ce niveau, une zone de défense pariétale limitée. Il n'y a pas d'hyperesthésie cutanée. Le toucher vaginal ne décèle aucune douleur.

La toux a diminué, mais des céphalées violentes et des rachialgies sont apparues et empêchent tout repos.

Température 38°6. Pouls 106.

Persistance de la diminution du murmure vésiculaire à droite. Extension des râles ronflants et sibilants vers les bases.

Le 4 février : température 37°8 le matin, 38° le soir. La douleur spontanée a disparu. La palpation montre une diminution notable des signes constatés la veille.

Le 5 février : sédation totale du syndrome appendiculaire. Evolution favorable des accidents grippaux pulmonaires.

OBSERVATION N° 4

M. B..., âgé de 19 ans, travaillant dans un garage, présente le 17 février plusieurs frissons successifs en même temps qu'apparaît une sensation de courbature générale. Bientôt après s'installent un coryza avec toux quinteuse et une céphalée lancinante. Il est à noter que son père et ses deux sœurs avaient fait quelques jours auparavant des épisodes pulmonaires grippaux dont ils se trouvaient alors convalescents.

Dans la nuit du 17 au 18 surviennent des vomissements et la température s'élève à 39°2.

Le 18 février, un nouveau vomissement, bilieux, s'est produit et un état nauséeux persiste. Des rachialgies sont apparues.

Température 39°5. Pouls 112.

Le 19 février : apparition de douleurs abdominales généralisées à tout le ventre. Toutefois, le malade accuse un maximum d'intensité de ces douleurs à la fois au creux épigastrique et dans la fosse iliaque droite.

L'état nauséeux persiste.

La température est toujours élevée : matin, 39°4; soir, 39°9. Pouls, 105.

A l'examen, nous provoquons une douleur plus marquée aux régions précitées et nous trouvons un ventre météorisé, tendu et offrant une résistance généralisée à la palpation profonde.

Le 20 février : la douleur, tant spontanée que provoquée, s'est localisée au point de Mac Burney, région où la palpation découvre une zone indiscutable de défense pariétale. Le toucher rectal est légèrement douloureux à droite.

Une constipation s'est installée depuis le 18. Mais il ne s'est pas produit de nouveau vomissement. L'état nauséeux s'est amendé.

Température : matin, 39°; soir, 39°3. Pouls, 104.

Le malade accuse toujours la sensation pénible de céphalée, rachialgie, courbature du début de la maladie. A l'auscultation nous percevons à la base gauche de gros râles ronflants et sibilants.

Le 22 février : pendant ces deux derniers jours, la douleur s'est estompée peu à peu, les fonctions intestinales ont repris, la température tombe plus lentement du fait des phénomènes grippaux proprement dits.

Tout rentre progressivement dans l'ordre et le 26 juin M. B... est définitivement guéri.

ÉTUDE CLINIQUE

Il résulte de nos observations et des observations dont nous avons pris connaissance dans la littérature qu'il existe, au cours de la grippe, et très souvent à la période tout initiale, voire même comme symptôme premier, des manifestations péritonéales revêtant l'allure générale d'un syndrome appendiculaire à début généralement brusque et à évolution spontanée vers la guérison.

Avant d'essayer de mettre en relief les caractéristiques de ces syndromes appendiculaires, nous dirons quelques mots de la fréquence et des circonstances dans lesquelles ils sont apparus.

I. — ETIOLOGIE.

a) Fréquence. — Nous avons retrouvé dans les différents ouvrages un très petit nombre d'observations de ce syndrome appendiculaire d'origine grippale. A la vérité, nous avons trouvé de nombreuses observations publiées sous le diagnostic « Appendicite et Grippe », mais dans la plupart des cas, il s'agissait d'appendicites véritables nécessitant une intervention et, si l'on pouvait remonter à la grippe comme agent causal, ce n'était le plus souvent que par comparaison entre les fréquences des appendicites et des affections grippales aux mêmes époques et aussi en se basant sur ce fait que les appendicites ont fait leur apparition dans la littérature médicale, sinon dans la clinique, à la suite des épidémies de grippe de 1882, 1886.

Entre l'appendicite vraie et le syndrome appendiculaire grippal, la distinction n'est pas toujours nettement tranchée. Ce syndrome est certainement exceptionnel, comparé à la grande fréquence des appendicites authentiques, et peu de cliniciens ont pu les rencontrer, ou sinon les ont méconnues. Mais lorsque l'attention aura été mieux attirée sur lui, nul doute que l'on en signalera fréquemment de nouveaux cas.

b) Au point de vue épidémique. — Les cas que nous retrouvons dans la littérature et dont nous avons parlé dans notre chapitre « Historique », se sont produits au cours de deux grandes épidémies de grippe : celles de 1899 et de 1918-1919. Il semble qu'il y ait eu, dans certains cas, de véritables petites épidémies de grippe avec déterminations appendiculaires, puisqu'il a été donné aux mêmes médecins d'en observer de petites séries, soit dans leur propre clientèle, soit dans leur service hospitalier.

En ce qui concerne la grippe sporadique, il semble de même qu'il se produise de petites épidémies de syndromes appendiculaires grippaux. C'est ainsi que Mandillon et Poinot en rapportèrent dix-huit cas en 1936 à la suite d'une petite épidémie grippale, et que nous-mêmes pûmes observer quatre cas de ce syndrome.

c) D'autre part, il apparaît que dans la majorité des cas l'atteinte grippale affecte un appendice vierge de toute infection antérieure. Dans tous nos cas, il s'agissait d'une première crise appendiculaire. Parmi les onze observations du docteur Gagnière, une seule malade avait été soignée six ans auparavant pour une « pérityphlite ».

d) Ce qui domine au point de vue étiologique, c'est ce fait que les malades se sont trouvés au contact de grippés : cette circonstance se retrouve nettement mentionnée sur la plupart des observations. Pour notre part, nous l'avons régulièrement constatée toutes les fois.

A ce propos, une observation est particulièrement intéressante : c'est celle de Guinard, qui signale cinq cas d' « appendicite par contagion directe » lors d'une

épidémie de grippe survenant dans la même famille et affectant successivement le père, la mère, les deux enfants et la bonne. Observation qui, par ailleurs, servait à l'auteur à démontrer que l'appendicite peut avoir une étiologie hématogène.

En résumé, l'étiologie contagieuse est certaine.

II. — SYMPTOMATOLOGIE.

Modes de début. — Le début de l'affection est généralement brusque, mais il peut se faire selon plusieurs modalités.

Très souvent, ce sont les signes généraux d'invasion grippale qui sont les premiers en date. En période épidémique, le sujet qui se trouvait dans un milieu de grippés, a présenté d'abord un frisson ou plusieurs frissons successifs. Ce frisson apparaît brusquement à l'improviste ou est précédé par une sensation de froid préalable. La fièvre est d'emblée élevée. L'anorexie est habituelle. Cet état peut persister pendant deux à quatre jours.

C'est alors qu'apparaissent dans un deuxième temps les signes péritonéaux : leur apparition est également brusque. Le malade, déjà alité, éprouve de violentes douleurs abdominales, il vomit, la constipation s'installe ou se confirme. A l'examen, on décèle une défense musculaire et peu à peu se précisent les signes locaux purement appendiculaires.

Dans un grand nombre de cas (deux fois sur nos quatre observations), ce sont les manifestations appendiculaires aiguës qui surviennent de façon précoce chez des malades dont la grippe était méconnue. C'est alors le début brusque dramatique de l'appendicite aiguë : la douleur pongitive, vive, surprenant une personne en bonne santé apparente, les vomissements, le météorisme, l'arrêt des matières et des gaz. Le ventre est tendu, douloureux à la pression, le facies anxieux, la température élevée. Mais l'examen attentif de tels malades montre qu'il ne s'agit pas d'une crise appendiculaire ordinaire, car, outre des signes distinctifs précieux, de la douleur en particulier, il y a une rapide

association de signes grippaux qui, d'emblée, doivent donner l'éveil.

Enfin, certains ont décrit des formes où les signes péritonéaux sont apparus plusieurs semaines après l'attaque grippale, mais alors le diagnostic devient particulièrement difficile à établir et sujet à caution, c'est pourquoi nous n'en ferons pas mention, n'ayant pas eu, par ailleurs, l'occasion d'observer de tels faits.

Période d'état. — En quelques heures le syndrome est constitué et pendant 24 à 48 heures, il restera particulièrement typique.

C'est tout d'abord la douleur qui présente des caractères bien particuliers : en premier lieu particularité de localisation : elle est plus épigastrique qu'appendiculaire. Les malades accusent bien de la sensibilité dans leur fosse iliaque droite, mais c'est surtout le creux épigastrique qui est le siège maximum de la douleur. Certes, ce seul fait ne permettrait pas d'éliminer formellement le diagnostic de lésion appendiculaire authentique, car on sait combien la douleur peut être généralisée à tout l'abdomen dans les premières heures de l'appendicite aiguë ou parfois siéger en un point anormal qui est fréquemment le creux épigastrique. En second lieu, particularité de modalité : c'est une douleur paroxystique avec des rémissions suivies de phases douloureuses. Dans un cas (obs. 1), nous avons constaté l'existence d'un certain degré de tension intermittente de l'intestin au moment des paroxysmes. Nous retiendrons donc ces deux caractères essentiels de la douleur :

localisation épigastrique,
crises paroxystiques.

Les vomissements ne manquent presque jamais : alimentaires le plus souvent, ils peuvent être parfois porracés. Suivant les cas, il s'agit d'un vomissement unique ou d'une intolérance gastrique absolue.

La constipation est de règle. Dans les cas typiques, elle s'accompagne d'arrêt des gaz, mais certains ont constaté une diarrhée initiale qui ne faisait que tardivement place à la constipation.

Vomissements et constipation ne diffèrent pas de

ceux que l'on rencontre dans l'appendicite et aucun caractère particulier ne semble permettre de leur attribuer une origine grippale.

A l'examen de l'abdomen, on observe des signes variables. En effet, le syndrome de réaction appendiculaire peut revêtir l'aspect de divers types : soit le type de la crise d'appendicite avec sa douleur, ses vomissements, sa contracture, sa sensibilité au toucher rectal, sa fièvre élevée, son accélération du pouls; soit le type de crise atténuée où quelques éléments sont mineurs ou manquent tout à fait. Dans la plupart des cas, cependant, il y a du météorisme, une sensibilité généralisée au palper, plus accusée en une région déterminée avec, à ce niveau, une contracture pariétale bien marquée.

Les signes généraux attirent eux aussi l'attention :

— Le facies est anxieux, pâle, parfois plus « grippé » que « péritonéal ». Certains auteurs ont insisté sur la fréquence de la torpeur qui serait interrompue par les paroxysmes douloureux.

— La langue est généralement peu saburrale.

— Les auteurs anglais et américains insistent particulièrement sur la valeur d'un signe qu'ils annoncent comme constant : à savoir la constatation de battements des ailes du nez, même en l'absence de tout signe pulmonaire. Nous ne l'avons pas constaté pour notre part, mais d'ailleurs il existe fréquemment à l'examen pulmonaire des signes de bronchite ou de congestion légère d'une base.

— La courbe thermique est, elle aussi, assez instructive : car si, comme dans l'appendicite aiguë on remarque une brusque ascension thermique atteignant rapidement 39°5 ou 40°, on est frappé par la tendance au plateau. Dans l'appendicite aiguë, le tracé est plus oscillant; il présente des écarts accentués entre les températures du matin et du soir. Alors que la courbe du syndrome appendiculaire grippal se rapprocherait davantage de celle de la fièvre typhoïde au deuxième septénaire. La différence entre les deux tracés thermiques est un peu schématique, car il y a des appendicites qui donnent une courbe en plateau, aussi est-il indispensable d'étudier en même temps les phéno-

mènes qui se passent du côté du pouls. Dans le syndrome appendiculaire grippal, malgré l'élévation de la température, le pouls reste relativement lent et ce fait contraste avec la gravité des autres signes; car, alors que l'intensité des douleurs, l'arrêt des matières et des gaz, une température élevée persistante et l'anxiété des malades pourraient faire redouter une forme grave d'appendicite, le pouls est peu fréquent. Cette lenteur du pouls doit attirer l'attention, car dans les appendicites graves, où la température reste en plateau élevé, il est rare de ne pas observer de l'accélération du cœur.

— Les urines sont habituellement émises en moindre quantité; elles sont souvent albumineuses, mais de façon tout à fait transitoire.

C'est enfin la recherche des manifestations grippales qu'il faut pratiquer systématiquement en période d'épidémie de grippe lorsqu'on se trouve en présence de fosses iliaques douloureuses. Ces manifestations peuvent être buccopharyngées, trachéales, pulmonaires enfin. Discrètes au début, elles se constituent progressivement. Certains malades ne font que des troubles légers : angine banale, pharyngite discrète; d'autres, par contre, peuvent avoir des épisodes nets de bronchite ou constituent même des foyers pneumoniques ou broncho-pneumoniques. Lorsque ces manifestations grippales évoluent, presque toujours les signes abdominaux se sont atténués.

Evolution. — L'évolution est pratiquement toujours bénigne. Cet état péritonéal si vite installé, marqué parfois par un tableau symptomatique très complet avec les signes les plus alarmants, est de courte durée. Les manifestations s'atténuent dès le 2e ou le 3e jour. Rapidement, les vomissements cessent, les douleurs s'atténuent, la défense pariétale disparaît, le transit intestinal redevient normal. La fièvre décroît, soit en lysis soit brusquement, mais elle est le plus souvent progressive. Parfois la chute de la température se fait avec des irrégularités et des ressauts, comme on les observe souvent dans la grippe.

Souvent les manifestations appendiculaires sont terminées, alors que les manifestations, purement grippales, continuent à évoluer et c'est pendant encore de

nombreux jours que le malade accusera la persistance de céphalée, de rachialgie et surtout de courbature généralisée et d'asthénie à tel point que l'on pourrait considérer deux phases cliniques dans l'évolution de ce syndrome appendiculaire; une phase abdominale, puis une phase grippale. Dans tous les cas, les symptômes de ces deux éventualités aboutissent à la rémission complète avec guérison totale et cela sans intervention. Quelquefois, on peut voir survenir des complications, celles-ci d'ailleurs dépendant uniquement de la grippe : pneumonie grippale ou foyers de broncho-pneumonie, dont la guérison sera d'ailleurs longue.

En résumé, l'évolution du syndrome appendiculaire est toujours bonne, la guérison s'obtient en huit à dix jours, spontanément, un traitement médical simple ayant été seul pratiqué. On peut dire, qu'à moins de complications pulmonaires graves, les manifestations appendiculaires de la grippe traitées médicalement guérissent à coup sûr.

Parmi les observations rapportées dans la littérature, on peut relever trois cas de mort, dont deux sont survenues à la suite d'interventions intempestives, (complications pulmonaires post-opératoires) et le troisième dû à une dilatation gastrique suraiguë qui aurait pu sans doute être guérie par un traitement médical approprié.

III. — DIAGNOSTIC.

La responsabilité de décider si un cas nécessite l'aide immédiate de la chirurgie ou si les signes abdominaux sont la marque d'une affection médicale, doit être prise fréquemment. On conçoit donc fort bien que le diagnostic apparaisse très souvent comme épineux. S'agit-il de malades, parfois grippés, présentant une appendicite aiguë chirurgicale? ou bien est-on devant des sujets « faisant leur grippe dans leur ventre » ? Des éléments permettent d'affirmer une hypothèse pour infirmer l'autre.

1° La notion d'épidémicité et du contact qu'a eu le malade avec des grippés.

2° Le mode de début, caractérisé le plus souvent par

des frissons, une fièvre d'emblée élevée, de la rachialgie, du catarrhe oculo-nasal précédant ou accompagnant les signes abdominaux. Mandillon insiste avec raison sur le coryza initial qui peut permettre de prévoir en période d'épidémie ou dans un milieu suspect, devant une crise abdominale aiguë, la possibilité d'une simple réaction grippale. Faisons enfin une place particulière à l'asthénie et à la courbature générales, bons signes de grippe qui précèdent de peu l'état nauséeux et les premières douleurs abdominales violentes.

3° La température relativement élevée ayant une tendance au plateau avec oscillations de faible amplitude, qui contraste avec un pouls relativement lent, ample et bien frappé.

4° L'état de la langue, qui est relativement peu saburrale. D'après M. Villard, ce caractère différencierait la langue grippale de celle des grandes infections abdominales.

5° L'existence de petits signes pulmonaires : bronchite, léger foyer congestif et même, en leur absence, la toux, le battement des ailes du nez, la dyspnée.

6° La torpeur fréquente de ces malades interrompue, il est vrai, par les paroxysmes douloureux, mais telle qu'on ne la rencontre pas chez de vrais péritonitiques, qui paraissent moins indifférents à leur état.

C'est l'association de ces signes aux symptômes de localisation qui donne aux manifestations appendiculaires de la grippe leur allure propre. Elles se distinguent, en outre, de l'appendicite franche par divers caractères. D'ailleurs les analogies n'en sont pas moins grandes : début brusque, douleurs abdominales vives, vomissements, météorisme avec arrêt des matières et des gaz..., mais dans l'appendicite grippale :

— Ce sont les signes généraux qui apparaissent les premiers;

— La douleur est plus épigastrique qu'appendiculaire;

— Cette douleur a un caractère paroxystique;

— Les vomissements ont rarement l'intensité et la ténacité de ceux de l'appendicite franche;

— Au palper de l'abdomen, on rencontre bien une défense localisée de la paroi, mais pas de ventre de bois. La palpation et la percussion permettent de noter qu'il existe presque toujours un cœcum gros, douloureux, gargouillant. La mise en évidence d'un point douloureux exquis appendiculaire serait rare, bien plus souvent l'on serait en présence d'une zone douloureuse dans la fosse iliaque droite. Le toucher rectal ou vaginal serait négatif;

— Les auteurs allemands insistent sur l'importance de la formule sanguine. Dans les cas de syndrome appendiculaire grippal, « on trouve constamment une formule sanguine typique consistant en leucocytose normale avec, au contraire, une lymphocytose relativement élevée entre 34 et 62 %. En étudiant par comparaison la formule sanguine provenant de malades amenés pendant ces jours-là à la clinique pour appendicite aiguë, et jugés bons à opérer, on recueillit de tout autres indications. Il s'agissait ici nettement de leucocytose caractérisée, entre 12.400 et 15.000; polynucléose entre 76 et 83 %, sans augmentation des lymphocytes (10 à 20 %), ainsi qu'il apparaît en général au cours de l'appendicite. Ainsi, personne ne peut mettre en doute que l'on est en droit de continuer à tirer de la formule sanguine des conclusions de grande portée ». (Wachmuth, « Diagnostic différentiel des douleurs abdominales dans la grippe », *Klinische Wochenschrift*, 1er avril 1933, p. 615.);

— « Il existe enfin un autre procédé permettant de faire le départ entre une crise d'appendicite vraie et une réaction inflammatoire banale. Il est entendu, depuis longtemps, que, sur une fosse iliaque douloureuse que l'on n'opère pas de suite, on met de la glace. On obtient la sédation de tous les phénomènes douloureux; nous avons ainsi fait pour tous nos malades et avons constaté que dans aucun cas on obtenait de l'amélioration, bien au contraire le malade se plaignait de souffrir plus qu'avant. Par contre, les compresses chaudes atténuent ses douleurs. Il ne paraît pas y avoir là un incident fortuit. D'autres hospitalisés pour appendicite se sont trouvés bien de la glace. Ils n'ont attendu aucun soulagement des compresses chaudes (ces malades étaient soigneusement mis à part des précédents,

par conséquent exempts de grippe; opérés, ils avaient une appendicite vraie). » (Mandillon et Poinot, Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, séance du 5 juin 1936). De notre côté, nous avons constaté l'exactitude de ce fait avancé par les auteurs susnommés, et dans deux de nos observations nous avons eu recours aux compresses chaudes, nos malades ayant mal réagi à cette sorte « d'épreuve de la glace ».

— Il va sans dire que l'évolution elle-même vers la disparition rapide de tous les symptômes dans les cas de réaction appendiculaire grippale, est bien différente de celle d'une appendicite franche qui serait laissée évoluer.

Ainsi donc, après avoir parcouru tous les signes différenciant le syndrome appendiculaire grippal de l'appendicite franche aiguë, nous avons acquis la notion de manifestation grippale, mais alors convient-il d'éliminer :

a) Le point douloureux abdominal qui accompagne fréquemment les pneumonies du sommet, d'origine grippale, particulièrement chez les enfants, ou encore la pleurite diaphragmatique;

b) Les névralgies grippales localisées le long des nerfs intercostaux et sur le trajet abdominal de ces nerfs, ainsi que des petit et grand abdomino-génitaux; ce sont des douleurs aiguës, localisées à un hypochondre et accompagnées de contracture de toute la région.

Smith a observé des névralgies des 11e et 12e paires, simulant à droite la douleur appendiculaire avec association de défense musculaire. Le diagnostic fut fait dans ces cas par la disparition des douleurs et des symptômes péritonéaux à la suite du blocage de ces nerfs, à leur origine par une injection de cocaïne. Wachmuth reprit les mêmes expériences et aboutit aux mêmes conclusions : « Nous avons pu confirmer l'importance remarquable de l'anesthésie de la paroi abdominale dans ce diagnostic. Une malade amenée avec le diagnostic d'appendicite et qui se plaignait de fortes douleurs dans le bas-ventre, qui étaient causées pardessus tout par une toux en liaison avec la grippe (et dont l'examen de sang indiquait une grippe) ressentait une douleur à la pression dans la région du point de

Mac Burney. Je pratiquai une anesthésie du filet nerveux... les douleurs cessèrent rapidement... Par comparaison, dans de nombreux cas d'appendicite aiguë, on pratique de la même manière, avant d'opérer, l'anesthésie du nerf : la tension de la paroi abdominale était, dans ce cas-là, peut-être un peu diminuée, mais la douleur à la pression demeurait constamment inchangée en profondeur. »

CONSIDÉRATIONS PATHOGÉNIQUES

Tout d'abord, il convient de rappeler au début de ce chapitre les résultats des examens anatomopathologiques et histologiques de certains appendices qui ont été enlevés (lors de syndromes appendiculaires d'origine grippale) à seules fins de vérifications opératoires par différents auteurs dont les conclusions sont identiques :

[Mandillon et Poinot, Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, 5 juin 1936. — Miller Jegos, *thèse*, 1939. — Ruzek, *Revue Sanitaire militaire tchécoslovaque*, 1935, p. 174. — Travaux de Geifert. — Hudacsek : *Zentralblatt für Chirurgie*, 5 novembre 1938, p. 2.499].

Anatomie pathologique. — « Laissant de côté toute réaction lésionnelle qui a obligé à une intervention, nous avons pu noter que dans tous les cas il ne s'agit que de réactions congestives du cœco-appendice et de leur méso. L'appendice apparaît normal sans induration, sans adhérence, mais il existe une infiltration du méso appendiculaire. Nous avons remarqué une inflammation très nette du cœcum et la présence de ganglions dans les mésos appendiculaire et ascendant. Il n'y a pas de fausse membrane ni aucun liquide péritonéal. »

Histologie. — « Légère infiltration du système lymphoïde appendiculaire, mais aucune tendance à la perforation. »

Il s'agit donc en définitive d'une réaction congestive cœco-appendiculaire sans appendicite vraie.

D'autre part, l'élément grippal initial n'est discuta-

ble dans aucun de nos cas (comme d'ailleurs dans les cas des auteurs nommés ci-dessus) : épidémie locale, milieu familial contaminé, constatation de signes pharyngo-laryngés ou pulmonaires. La grippe a été maintes fois signalée comme agent causal de l'appendicite.

Ces constatations nous permettent d'annuler certaines conceptions pathogéniques émises antérieurement, notamment celles de :

— Lecaplain, qui proposait comme « hypothèse la plus vraisemblable » celle d'un « syndrome sympathique, avec point para-ombilical droit simulant un point de Mac Burney ».

— J.-J. Mac Mullin, qui croyait à une myalgie grippale de la paroi abdominale antérieure droite.

— Et enfin, Mixo-Quéri, qui prétendait que ces manifestations inflammatoires de la région cœco-appendiculaire n'étaient que des erreurs de diagnostic. Il ne s'agit pas non plus (comme MM. Bicart et Jacob l'ont montré en mars 1931, à la Société de Médecine du Bas-Rhin) d'une complication des derniers jours de la grippe : l'apparition des douleurs appendiculaires fut précoce : le 1er ou le 2e jour de la maladie, ni d'un réveil car l'interrogatoire le plus minutieux n'a pas permis de retrouver dans leurs antécédents une réaction douloureuse abdominale.

La rapidité de leur apparition et de leur disparition, et aussi le fait que ces syndromes appendiculaires donnent lieu à des signes douloureux nets et des signes objectifs moins francs, semblent permettre de penser que ces accidents sont de nature réflexe; mais, nous avons vu que la plupart du temps les signes douloureux et fonctionnels s'accompagnent de signes de localisation traduisant nettement la souffrance d'un organe et, d'autre part, l'anatomie pathologique et l'histologie apportent des arguments qui ne peuvent cadrer avec cette hypothèse.

Mais, par contre, ne s'agirait-il pas là d'une localisation de l'attaque grippale? L'on sait, en effet, que les microbes les plus divers circulant dans le sang peuvent se localiser dans l'appendice et enflammer cet organe. De très nombreuses expériences ont démontré ces faits : l'appendicite a été observée à la suite d'injections de microbes dans les veines du lapin : Roger, avec le

pneumobacille de Friedlander; Josué, avec des microbes intestinaux; Dominici, avec le bacille typhique; Gouget, avec le staphylocoque. Les recherches ultérieures d'Adrian, de Ribadeau-Dumas et Harvier, de Charles Richet fils et Saint-Girons, aboutissent aux mêmes résultats. Les microbes les plus divers injectés dans les veines vont coloniser dans l'appendice.

On a trouvé des pneumocoques dans des appendicites pneumococciques (Talamon, Terrier, Lesné, Leroux, Triboulet). Kretz a étudié quatorze appendicites suppurées consécutives à des amygdalites, douze fois il trouva le même streptocoque dans l'amygdale et l'appendice.

L'appendicite peut donc être considérée comme une localisation d'une infection générale sur un organe lymphoïde. L'appendice possède, en effet, une muqueuse riche en tissu réticulé et en follicules clos dont la structure est identique à ceux des amygdales; autour de l'appendice existent une même richesse vasculaire qu'autour de l'amygdale et une même abondance de ganglions lymphatiques. L'appendice, dans la fosse iliaque, jouerait le même rôle que les amygdales pharyngopalatines dans le pharynx. « Il fait fonction d'amygdale, « d'amygdale iliaque » Monscourt. »

D'autre part, nous savons que les streptocoques qui ont pénétré accidentellement dans les amygdales, autre tissu lymphoïde, et s'y sont développés, ont acquis une prédilection pour les tissus lymphoïdes. Ceci constitue l'organotropisme ou l'électivité de certains microbes pour un tissu déterminé. En vertu de cette loi, ne serait-il pas logique de penser que le virus grippal auquel on s'accorde à donner comme repaire les voies respiratoires, après s'être fixé sur les tissus lymphoïdes du cavum ou du pharynx, qui sont souvent légèrement enflammés au début de la grippe, que ce virus aille se fixer ensuite sur le tissu lymphoïde de l'appendice et y déterminer une inflammation? C'est alors que l'on peut comparer les déterminations de la grippe aux localisations pancréatique ou ovariennes de l'infection ourlienne; mais dans le premier cas, ce sont des organes lymphoïdes qui sont atteints, tandis que dans le second cas, c'est le tissu glandulaire qui est affecté en quelque sorte électivement.

En résumé, localisation de l'infection grippale aux formations lymphoïdes de l'appendice ne donnant lieu qu'à une réaction légère, n'évoluant ni vers la purulence, ni vers la nécrose, telle est l'hypothèse qui nous paraît la plus vraisemblable pour expliquer ces manifestations appendiculaires transitoires de la grippe.

TRAITEMENT

De l'évolution clinique de la maladie et de l'opinion de tous les médecins appelés à constater les manifestations appendiculaires de la grippe, se dégage ce point capital :

Il faut s'abstenir de toute intervention chirurgicale.

Sans doute lorsque tous les signes d'appendicite sont présents et que l'état est alarmant, la tentation est grande de faire une laparotomie, d'aller voir ce qui se passe au niveau de l'appendice : il faut savoir fonder, sur un diagnostic précis, sa détermination de ne pas avoir recours à une opération. Cette intervention serait inutile puisque cette appendicite guérit spontanément en l'espace de quelques jours et elle ne serait pas sans dangers étant donné l'état général des malades, et surtout les risques de complications pulmonaires mortelles que ferait courir une anesthésie, même de courte durée. Au mieux aller, les manifestations catarrhales de la grippe sont aggravées par l'anesthésie (Travaux de Krecke et Wachmuth).

Il est bien évident, cependant, s'il y a des malades chez lesquels le diagnostic de syndrome appendiculaire d'origine grippale ne paraît pas certain, qu'il conviendra d'exercer auprès d'eux une surveillance minutieuse du pouls, de la température, des vomissements, de l'état de l'abdomen.

Le traitement sera donc essentiellement médical : il s'adressera aux signes péritonéaux, en tenant compte du fait qu'il s'agit d'une grippe. Le malade sera maintenu au repos complet avec glace ou applications chaudes, selon les cas.

L'alimentation, peu abondante, sera exclusivement liquide : lait pur ou additionné de café, bouillon de légumes, thé léger, par petites gorgées; boissons stimulantes, chaudes, alcoolisées, si ce sont les signes généraux de la grippe qui dominent.

La médication interne sera représentée par la quinine en cachets ou de préférence en suppositoires de 0,50 g.; par l'aspirine et par quelques gouttes de teinture d'aconit, préférable à l'opium, pour calmer la toux.

Quant aux sulfamidés, ils seront réservés aux formes graves et dans le cours des grandes pendémies.

La médication externe a surtout pour but de désinfecter la gorge à l'aide des gargarismes habituels, les fosses nasales avec de l'huile goménolée. Quelques ventouses, en cas de bronchite, et l'on veillera à l'évacuation régulière des selles.

Enfin, il semble bon de recourir à l'injection intraveineuse ou intramusculaire de 1 à 9 cm^3 de Rhodium colloïdal « dont l'action anti-infectieuse se manifeste tout particulièrement au cours de la grippe. Son emploi amène rapidement une chute de la température avec cessation des troubles cliniques s'accompagnant d'une sensation d'euphorie très nette. L'injection réussit là où les moyens thérapeutiques classiques de la grippe semblent n'apporter aucun résultat, ce qui semble confirmer que le Rhodium colloïdal n'agit pas en tant qu'anti-infectieux direct, mais en stimulant les moyens de défense naturelle de l'organisme » (*Thèse* de Mme Daveluy, Paris, 1946.)

Dans tous les cas, il conviendra de surveiller très attentivement l'état des poumons et des plèvres et d'agir par une révulsion énergique, des inhalations d'oxygène, les sulfamides, si des localisations s'y manifestent.

Il ne faut pas oublier, en effet, que l'on se trouve en présence de grippés et que les manifestations appendiculaires ne sont qu'un épisode d'une infection générale : on ne devra donc pas négliger la médication antithermique, tonique ou stimulante qu'elle comporte.

CONCLUSIONS

I

En période épidémique, la grippe revêt un polymorphisme extrême. On peut voir apparaître en particulier, assez rarement toutefois, des manifestations appendiculaires qui se caractérisent outre par leurs circonstances d'apparition :

par leur brusque début,

par l'association de signes généraux de grippe avec des symptômes manifestes de réaction appendiculaire (ces derniers dominant la scène chimique),

et surtout par leur disparition rapide et spontanée en quatre ou cinq jours, sans intervention chirurgicale.

II

L'analogie entre ce syndrome appendiculaire grippal et l'appendicite franche peut être très grande. Le diagnostic se fait d'après :

— La notion d'épidémicité et de contagion probable;
— La température élevée qui se maintient en plateau;
— Le pouls relativement lent;
— La langue peu saburrale;
— Les douleurs moins strictement localisées à la fosse iliaque droite;

— L'absence de signes au toucher rectal ou vaginal contrastant avec des signes évidents au palper abdominal;

— La formule sanguine, éventuellement, qui montre une leucocytose normale avec lymphocytose relativement élevée;

— Enfin, accessoirement, le manque d'efficacité des applications de glace;

— Ces signes étant associés à des symptômes grippaux proprement dits, qu'il faut savoir rechercher par un examen soigneux de la gorge et de l'appareil pleuropulmonaire.

III

Pathogéniquement, il s'agit sans doute d'une localisation superficielle et temporaire de l'agent infectieux de la grippe au niveau de l'appendice. Cette région, qualifiée « d'amygdale iliaque », se prête facilement à l'invasion infectieuse en raison de sa richesse en follicules clos et lymphatiques.

IV

Le traitement doit être exclusivement médical. En présence de signes appendiculaires d'origine nettement grippale, il faut savoir s'abstenir de toute intervention chirurgicale.

V

Dans tous les cas, un examen complet, minutieux, répété de ces malades, est nécessaire pour aboutir à un diagnostic exact. Se rappeler néanmoins qu'on peut voir des appendicites vraies chez les grippés.

Dans ces affections, la conduite idéale restera dans la collaboration intime du médecin et du chirurgien. Lésions bénignes, certes, elles guérissent toutes. Elles laissent peut-être un appendice fragile, susceptible de donner naissance à des crises futures. Mandillon et Poinot le croient. En ce qui nous concerne, nous ne souscrivons pas entièrement à cette hypothèse : aucun

de nos malades n'ayant fait la moindre crise depuis dix et onze mois, et n'ayant trouvé aucun fait probant dans la littérature. Quoiqu'il en soit, nous restons persuadés que de simples réactions appendiculaires congestives ne légitiment pas la laparotomie à chaud avec tous les dangers qu'elle comporte en période d'infection épidémique.

Vu, *le Doyen* :
LÉON BINET

Vu, *le Président de Thèse* :
H. BÉNARD.

Vu :
et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Signé : SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

Boucher (F.T.). — *Influenza and appendicitis.* J.R. Army M. Corps, 1937, 68, 243-5.

Brockmann (St-L.). — *An influenzal condition simulating the acute abdomen.* British Med. J., 1927, 1, 874.

Bruett. — *Pseudo-appendicite et pseudo-péritonite dans les affections grippales.* Deutsche Med., Wochens XLVI, 14 octobre 1920, 1178.

Cucugliata (R.). — *Le sindromi abdominali delli influenza,* Cult. med. mod. Pal, 1933, 12, 423-7.

Delbet (P.). — *Accidents typho-appendiculaires consécutifs à la grippe.* Paris chirurgical, décembre 1918, p. 475.

Drozewski (M.F.). — *Influenzal appendicitis or appendicitis complicating influenza,* 27 p., 4°, Milwaukee, 1937.

Decherf. — *Quatre cas de péritonite grippale très graves au cours de l'épidémie de grippe de l'hiver 1933.* Lyon chirurgical, 1933, 30, 732-6.

De la Fuye (Allotte). — *Des manifestations péritonéales de la grippe.* Thèse, Lyon, 1920.

Drey (Jules-Adolphe). — *Sur les déterminations gastro-intestinales et péritonéales de l'épidémie de grippe de 1918-19.* Thèse, Paris, 1919-20, n° 38.

Franke. — *Ueber pseudo appendicitis.* Archives internationales de chirurgie, 1903-04.

Gagnière. — *Grippe et appendicite.* Gazette des Hôpitaux, Paris, 1895.

G. de Pol. — *Influenza et appendicite.* Gazz. degli Ospedali, Milano, 14 mai 1933, p. 611-616.

GOLDIE (W.). — *Influenza, acidosis or appendicitis.* Lancet, I. 301, 11 février 1933.

GOBRECHT. — *Appendicite grippale.* Thèse, Paris, 1919-20.

HUDACSEK. — *La pseudo-appendicite en particulier des appendicites grippales.* Zeutralblatt für Chirurgie (Leipzig), 5 nov. 1938, n° 45, p. 2499-2506.

HUTINEL. — *Appendicite et pseudo-appendicite dans certaines maladies infectieuses.* Journal des Praticiens, 27 avril 1908.

HILGENREINER (H.). — *Grippe, Appendizitis.* Münchener Mediz. Wochens, 1941, 88, p. 719.

JULIENNE-LISCOËT. — *A propos de trois cas d'appendicites grippales.* Société de Médecine militaire française, juin 1935, p. 178-181.

LECAPLAIN. — *Cinq cas de grippe à forme pseudo-appendiculaire.* Société Médicale des Hôpitaux, séance du 13 décembre 1929.

MAC MULLIN (J.J.A.). — *Differential diagnosis between acute appendicitis and influenzal myalgia.* Am. J. Surg., 19. Février 1933, p. 296.

MANDILLON (F.). — POINOT (J.). — *Communications sur quelques réactions cœco-appendiculaires au cours de la grippe.* Soc. de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, séance du 5 juin 1936; in Journal de Médecine de Bordeaux, n° 28, 10 octobre 1936.

MARTEL (Thierry de) et ANTOINE. — *Pseudo-appendicites. Etude de syndromes mécaniques du quadrant inférieur droit simulant l'appendicite.* 189 pages, Masson 1922.

MILLER-JEGOS. — *Fausses appendicites au cours des maladies fébriles.* Paris, thèse 1939, n° 1427.

PARISEV (C.). — *Appendicitis in influenza; case.* Med. Welt, 1927, I : 476.

RUZEK (O.). — *Pseudo-appendicite grippale.* Revue sanitaire militaire tchécoslovaque, T. XI, 1935, p. 174, in Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale, n° 513, juin 1939, p. 542.

ROMANT (J.). — *Appendicites grippales d'emblée.* Le Monde Médical, n° 758, 15 octobre 1929.

SOLIERI (S.). — *Ancora sulla sierosite peritoneale influenzale.* Policlinico (sez prat) 44 : 1152-1156, 14 juin 1937.

SCHMIDT (M.). — *Peritonitis bei grippe.* Münch. Med. Wschr, 1941, 88, p. 718.

TRISTAN (Pierre). — *Contribution à l'étude de la grippe. Formes gastro-intestinales.* Paris, thèse, 1920-21.

VILLARD (E.). — *Les Fausses Appendicites grippales.* Lyon Médical, décembre 1918.

WACHSMUTH. — *Appendizitis und grippe* (ein Beitrag zur Frage der pseudo-appendizitis). Münch. Med. Wschr, 1929, 76, 792-4. — *Diagnostic différentiel des douleurs abdominales dans la grippe.* Klinische Wochenschrift, An. XII, n° 13, 1er avril 1933, p. 615.